

CENTRO ALPHA DE ENSINO
ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE HOMEOPATIA
MILAGROS ORLEALIZ ORCOTOMA FLORES

***NATRUM MURIATICUM* E TRANSTORNO DE ANSIEDADE DE
SEPARAÇÃO RELATO DE CASO**

SÃO PAULO

2019

MILAGROS ORLEALIZ ORCOTOMA FLORES

NATRUM MURIATICUM E TRANSTORNO DE ANSIEDADE DE
SEPARAÇÃO RELATO DE CASO

Monografia apresentada a ALPHA/APH
como Exigência para obtenção do título de
especialista em Homeopatia.

Orientador: Dr. Mario Giorgi

SÃO PAULO

2019

Flores, Milagros Orlealiz Orcotoma

Natrum muriaticum e transtorno de ansiedade de separação relato de caso /
Milagros Orlealiz Orcotoma Flores, - São Paulo, 2019.
30f.

Monografia – ALPHA / APH, Curso de Especialização em Homeopatia.

Orientador: Dr. Mario Giorgi

1. Homeopatia 2. Transtorno de ansiedade de separação 3. *Natrum
muriaticum*.

Agradecimento:

Agradeço a minha família pelo apoio incondicional e a ALPHA/APH por introduzir-nos ao maravilhoso mundo da Homeopatia, sem os quais não seria possível a realização deste trabalho.

RESUMO

Transtornos de ansiedade estão entre as psicopatologias mais comuns na juventude, com prevalência estimada variando de 5% a 25% mundialmente, sendo que apenas uma porcentagem pequena recebe tratamento. O Transtorno de Ansiedade de Separação (TAS) é caracterizado como uma reação anormal a uma separação de um ente próximo, sendo que esta que pode ser real ou imaginária, vindo a interferir significativamente nas atividades diárias e no desenvolvimento do indivíduo. Relata-se aqui um caso clínico de uma adolescente de 12 anos com quadro de TAS que não conseguia frequentar a escola e que, após tratamento homeopático com *Natrum Muriaticum*, voltou a sua rotina de aulas normalmente, concluindo-se que a homeopatia pode ser usada como terapia complementar aos tratamentos convencionais para o TAS.

Palavra-chave: Homeopatia, Transtorno de ansiedade de separação, Infantil.

ABSTRACT

Anxiety disorders are among the most common psychopathologies in young people, with an estimated prevalence varying from 5% to 25% worldwide, with only a small percentage of them receiving treatment. Separation Anxiety Disorder (SAD) is characterized as an abnormal reaction to a separation from a nearby entity, which may be real or imaginary, interfering significantly in the daily activities and development of the individual. We report here a clinical case of a 12-year-old girl with SAD who could not attend school and which, after homeopathic treatment with *Natrum Muriaticum*, returned to her normal school routine, allowing us to conclude that homeopathy can be used as complementary therapy, along with conventional treatments for SAD.

Keywords: Homeopathy, Separation Anxiety Disorder, Child

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. METODOLOGIA.....	10
3. TRANSTORNO DE ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO	11
3.1 Etiologia.....	11
3.2 Critérios diagnósticos	13
3.3 Diagnóstico diferencial	16
3.4 Tratamento	17
3.4.1 Psicoeducação.....	17
3.4.2 Manejo comportamental	17
3.4.3 Intervenções no âmbito escolar	18
3.4.4 Terapia cognitiva comportamental (TCC).....	19
3.4.5 Tratamento farmacológico.....	19
3.4.6 Tratamento homeopático	20
4. HISTORIA DA HOMEOPATIA	21
5. CASO CLÍNICO	23
6. <i>NATRUM MURIATICUM</i>	29
7. RESULTADO E DISCUSSÃO	31
8. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERENCIAS.....	34

1. INTRODUÇÃO

Transtornos de ansiedade são provavelmente a psicopatologia mais comum na juventude, com prevalência estimada variando de 5% a 25% mundialmente, sendo que apenas uma porcentagem bem menor recebe tratamento^{1,2}. O Transtorno de Ansiedade de Separação (TAS) computa aproximadamente metade dos encaminhamentos entre todos os transtornos de ansiedade³. A maioria dos transtornos de ansiedade pediátricos possuem os mesmos critérios diagnósticos que em adultos, exceto o TAS, atualmente classificado pelo CID10 ou DSM5 como um dos transtornos frequentemente diagnosticados na infância ou adolescência⁴. O TAS é caracterizado como uma reação anormal a uma separação de um ente próximo, separação esta que pode ser real ou imaginária e que interfere significativamente nas atividades diárias e no desenvolvimento do indivíduo. Para se enquadrar nos critérios diagnósticos do DSM-5, a ansiedade deve estar além do esperado para o nível de desenvolvimento da criança, durar mais de quatro semanas, começar antes dos 18 anos e causar sofrimento ou prejuízo significativos.

Além dos prejuízos supracitados, o TAS pode levar também a várias consequências psicossociais e é preditivo de transtornos psiquiátricos adultos, especialmente transtorno do pânico. Apesar disto, ele raramente é estudado e crianças não são usualmente avaliadas clinicamente até o TAS resultar em recusa escolar ou sintomas somáticos. Tratamentos eficazes disponíveis incluem psicoterapia e medicações.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de caso em que toda a história foi relatada pela paciente e descrita com os termos utilizados por ela durante a consulta. Foi utilizado o método mecânico de repertorização homeopática, utilizando o Repertório de Homeopatia / Ariovaldo Ribeiro Filho / 2ª edição, 1ª reimpressão / São Paulo; Editora Organon , 2014 e sendo feito um comparativo com a matéria médica através do livro (Retratos de medicamentos homeopáticos com Retratos de medicamentos homeopáticos com repertório de Sintomas / Margaret L. Tyler / São Paulo: Editora Organon, 2016).

3. TRANSTORNO DE ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO

3.1 Etiologia

A etiologia de TAS é complexa e parcialmente desconhecida, sendo que estudos demonstram que ambos os fatores biológicos e ambientais exercem algum papel. Fatores ambientais podem ter uma influência mais forte em TAS do que em outros transtornos de ansiedade infantis. A maioria dos fatores etiológicos propostos está mais associada com transtornos de ansiedade em geral do que com TAS especificamente. Há um amplo consenso de que a interação entre diferentes fatores, biológicos e ambientais, aumenta o risco de transtornos de ansiedade. Por exemplo, a interação entre uma mãe com pouca tolerância a ansiedade e uma criança com inibição comportamental aumenta a probabilidade de resultar em ansiedade na criança.

Fatores ambientais:

O Transtorno de Ansiedade de Separação frequentemente se desenvolve após um estresse vital, sobretudo uma perda (p. ex., a morte de um parente ou animal de estimação, doença do indivíduo ou de um parente, mudança de escola, divórcio dos pais, mudança para outro bairro, migração, desastre que envolveu períodos de separação das figuras apego, etc).

Em jovens adultos, outros exemplos de estresse vital incluem sair da casa dos pais, iniciar uma relação romântica e tornar-se pai. A superproteção e a intromissão parentais podem estar associadas ao transtorno de ansiedade de separação.⁵

Fatores genéticos e fisiológicos:

O TAS em crianças pode ser herdado. A herdabilidade foi estimada em 73% em uma amostra da comunidade de gêmeos de 6 anos, com taxas mais altas entre as meninas. As crianças com o transtorno exibem sensibilidade particularmente aumentada à estimulação respiratória usando ar enriquecido com CO₂.⁵

Disfunção em algumas áreas cerebrais:

A amígdala é uma das principais áreas envolvidas na ansiedade.⁶

Relacionados com a família da criança:

- Baixo calor emocional parental;
- Comportamentos parentais que desencorajam a autonomia da criança;⁷
- Pais superprotetores e muito envolvidos são um fator de risco para TAS;
- Apego inseguro, acima de tudo da mãe. Um apego ansiedade-resistente está associado com transtornos de ansiedade.⁸ Crianças de mães ansiosas frequentemente exibem ansiedade de separação^{9,10}, não apenas por causa dos medos das crianças com sua própria segurança, mas também com a segurança da mãe após a separação;

- Discórdia parental severa;
- Separação ou divórcio;
- Doença física em um dos pais;
- Transtorno mental em um pai (Transtorno do Pânico ou Depressão);
- Pai egocêntrico, imaturo, instável ou com comportamentos antissociais;

Experiências precoces

- Eventos estressantes da vida são largamente associados com psicopatologia pediátrica em geral;
- Envolvimento em um desastre ou crime;
- Exposição à violência doméstica;

- Pais perderem emprego;
- Nascimento de um irmão;

Características e temperamento da criança

A Inibição Comportamental reflete uma tendência consistente para demonstrar medo e retirada em situações não familiares que a criança tenta evitar.

Crianças comportamentalmente inibidas são introvertidas, facilmente envergonhadas ou socialmente evitativas. Isso é usualmente evidente a partir dos dois anos. Estas crianças são mais propícias do que aquelas não inibidas para exibir níveis significativos de ansiedade de vários tipos, incluindo TAS^{11,12,13}.

Ainda são características apresentadas: Baixa tolerância à humilhação; medo de falhar; Depressão; gênero: O sexo feminino tem maior tendência para a maioria dos transtornos de ansiedade.

Relacionados à escola

- Sofrer bullying
- Falha em apresentar um nível esperado em provas, esportes e outras atividades acadêmicas.

3.2 Critérios diagnósticos

Segundo o DSM-5 (2013):

A. Medo ou ansiedade impróprios e excessivos em relação ao estágio de desenvolvimento, envolvendo a separação daqueles com quem o indivíduo tem apego, evidenciados por três (ou mais) dos seguintes aspectos:

1. Sofrimento excessivo e recorrente ante a ocorrência ou previsão de afastamento de casa ou de figuras importantes de apego.
2. Preocupação persistente e excessiva acerca da possível perda ou de perigos envolvendo figuras importantes de apego, tais como doença, ferimentos, desastres ou morte.
3. Preocupação persistente e excessiva acerca de que um evento indesejado leve à separação de uma figura importante de apego (p. ex., perder-se, ser sequestrado, sofrer um acidente, ficar doente).
4. Relutância persistente ou recusa a sair, afastar-se de casa, ir para a escola, o trabalho ou a qualquer outro lugar, em virtude do medo da separação.

5. Temor persistente e excessivo ou relutância em ficar sozinho ou sem as figuras importantes de apego em casa ou em outros contextos.

6. Relutância ou recusa persistente em dormir longe de casa ou dormir sem estar próximo a uma figura importante de apego.

7. Pesadelos repetidos envolvendo o tema da separação.

8. Repetidas queixas de sintomas somáticos (p. ex., cefaleias, dores abdominais, náusea ou vômitos) quando a separação de figuras importantes de apego ocorre ou é prevista.

B. O medo, a ansiedade ou a esquiva é persistente, durando pelo menos quatro semanas em crianças e adolescentes e geralmente seis meses ou mais em adultos.

C. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, acadêmico, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

D. A perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental, como a recusa em sair de casa devido à resistência excessiva à mudança no transtorno do espectro autista; delírios ou alucinações envolvendo a separação em transtornos psicóticos; recusa em sair sem um acompanhante confiável na agorafobia; preocupações com doença ou outros danos afetando pessoas significativas no transtorno de ansiedade generalizada; ou preocupações envolvendo ter uma doença no transtorno de ansiedade de doença.

1.1 Apresentação clínica

O TAS tem apresentação clínica heterogênea. O sintoma cardinal é um significativo ou inapropriado sofrimento adquirido, ou medos irrealistas e excessivos, após a separação de entes próximos (usualmente pais) ou até do lar¹⁴. Existem três características chave do transtorno de ansiedade de separação:

- Medos excessivos e persistentes ou preocupações antes e no momento da separação
- Sintomas comportamentais e somáticos antes, durante e depois da separação; e
- Evitação persistente ou tentativas de escapar da situação de separação.

A criança se preocupa que algo ocorra aos seus pais (por exemplo, que eles desapareçam, se percam ou se esqueçam dela) ou que ela mesma venha a se perder, ser raptada ou morta se ela não estiver próxima a seus pais.

Sintomas comportamentais incluem choro, agarramento aos pais, queixas sobre separação e procurar ou chamar pelos pais depois deles terem partido. Sintomas físicos são similares àqueles comuns em um ataque do pânico ou transtorno de somatização, tais como: dores de cabeça, dor abdominal, desmaios, vertigens, tonturas, náusea, vômitos, câimbras, dores musculares, palpitações, dor torácica.

Por causa destes sintomas físicos, TAS é uma causa frequente de abstinência escolar e de múltiplas visitas ao médico da família ou pediatra para descartar um problema clínico. Os sintomas aparecem apenas em dias de escola e usualmente desaparecem assim que os pais decidem que a criança ficará em casa.

A apresentação clínica difere de acordo com idade do paciente. Crianças mais novas descrevem ter pesadelos sobre temas de separação mais frequentemente do que crianças mais velhas. Também, em comparação com adolescentes, crianças geralmente mostram mais frequentemente um sofrimento extremo após a separação. Elas frequentemente exibem comportamentos de oposição como temperamentos de teimosia na situação de separação.

Adolescentes com TAS têm queixas físicas mais frequentes nos dias de escola. Situações em que os sintomas de ansiedade de separação podem aparecer são quando a criança é deixada na creche, entra na escola, pega o ônibus escolar, é orientada a ir para a cama, é deixada em casa com babás, inicia o acampamento de verão, muda o ambiente familiar, passa uma noite fora de casa com amigos e parentes ou vivencia a separação dos pais ou divórcio.

Os sintomas de ansiedade de separação aparecem mais frequentemente em situações como mudança de escola, início de um novo período escolar (depois das férias de verão, ou ao iniciar o ensino médio), mudança de amigos, ao experimentar eventos adversos como ser alvo de bullying, ou ao sofrer de enfermidade médica.

Os limites para a significância clínica dos sintomas variam de acordo com os fatores culturais. Diferentes culturas têm diferentes expectativas sobre autonomia, nível de supervisão, hábitos de sono, características do lar (ex.: disponibilidade de dormitórios, tamanho da casa), e o papel dos pais no cuidado com as crianças (ex.: tomar conta das crianças eles próprios ou deixar as crianças na creche) 15

3.3 Diagnóstico diferencial

Sintomas de ansiedade podem ser manifestações de:

- Ansiedade normal do desenvolvimento (ex.: medos normais durante os poucos primeiros dias de escola). Neste caso, os sintomas seriam autolimitados;

- Doenças clínicas (por exemplo, hipotireoidismo, síndrome de Cushing, tumor encefálico). Sintomas não seriam restritos a situações envolvendo separação de entes próximos e a criança apresentaria outros sinais clínicos referentes às respectivas doenças;

- Transtornos de ansiedade diferentes de TAS, como ansiedade generalizada ou fobia social (preocupações com “tudo” ou em situações sociais, respectivamente, sem temer a separação especificamente), sendo que neste caso a presença de entes próximos não alivia os sintomas;

- Outros transtornos psiquiátricos, como depressão;

- Em adolescentes, o uso de álcool e substâncias psicoativas. Sintomas ocorreriam sob efeito da substância ou após retirada;

- Circunstâncias ambientais adversas como alocação escolar inapropriada, medo de violência na escola (ex.: violência associada a gangues), sofrer bullying, reações de luto. Nestes casos, os sintomas tipicamente começariam agudamente e piorariam quando expostos a estas situações;

- Abstenção. O adolescente não compareceria à escola deliberadamente.

3.4 Tratamento

Há múltiplas opções de tratamento para crianças e adolescentes sofrendo de TAS. O clínico deve selecionar a opção terapêutica mais apropriada para cada paciente específico depois de considerar fatores associados ao transtorno (severidade, duração, disfunção devido aos sintomas), ao paciente e sua família (idade cronológica e de desenvolvimento, conhecimento, preferências de tratamento, motivação familiar e disponibilidade, recursos financeiros), e ao clínico (disponibilidade, habilidade e experiência). A maior parte da informação sobre efetividade do tratamento se refere a tratamento não-farmacológico: psicoeducação, manejo comportamental e diferentes formas de terapia cognitivo comportamental. Portanto, essas devem ser a primeira escolha do clínico.

3.4.1 Psicoeducação

Em todos os casos, é essencial que se construa uma boa aliança terapêutica entre o paciente (e família) e o clínico.

Educar a família e a criança (de acordo com a sua idade de desenvolvimento), eleva a compreensão e a motivação. Entender a natureza da ansiedade e como foi experienciada pela criança ajudará os pais e professores a simpatizar com os esforços da criança.

3.4.2 Manejo comportamental

Este é indicado em todos os casos. Consiste em informar os membros da família e cuidadores significativos sobre como manejar sintomas leves e atitudes mal-adaptativas como comportamentos evitativos ou erros cognitivos. Pode ser o único tratamento requerido em casos de ansiedade de separação leve (o que

geralmente ocorre durante a pré-escola). Isto deve ser combinado com outras terapias se não há melhora, ou se os sintomas são moderadamente severos, ou se os mesmos causam disfunção associada a sofrimento moderado. O principal objetivo do manejo comportamental é providenciar para a criança um ambiente flexível e de suporte para que ela supere seus sintomas de ansiedade de separação.

3.4.3 Intervenções no âmbito escolar

O médico pode recomendar que os professores iniciem um plano para promover o retorno da criança para a escola o mais rápido possível.

Também é interessante que mantenham reuniões frequentes com os pais para facilitar a colaboração em estratégias que ajudem a criança a normalizar a escolarização, avaliem a causa da recusa escolar da criança e a tratem (por exemplo, problemas com amigos, o medo de um professor).

Pode-se associar a isso fiscalização da chegada da criança à escola, sendo escolhida de preferência a mesma pessoa o tempo todo; que permitam um ente próximo para acompanhar inicialmente a criança; que permitam um dia escolar mais curto, e depois prolongando-o gradualmente; que identifiquem um lugar seguro onde a criança possa ir para reduzir a ansiedade durante períodos de estresse; que identifiquem um adulto seguro para quem a criança possa pedir conforto em todos os momentos, sobretudo durante os períodos estressantes; que promovam a prática de técnicas de relaxamento desenvolvidas em casa; que forneçam atividades alternativas para distrair a criança de sintomas físicos, que incentivem interações em pequenos grupos. Isso pode começar com apenas um colega de classe. Com o tempo, a criança vai aumentando sua competência e o grupo pode ser ampliado progressivamente.

Utilizando-se de reforço positivo, também se incentiva que recompensem os esforços da criança e permita-se tempo extra para fazer a transição para diferentes atividades.

3.4.4 Terapia cognitiva comportamental (TCC)

Vários estudos randomizados controlados têm mostrado a eficácia de curto e longo prazo da TCC na melhoria dos transtornos de ansiedade na infância, incluindo TAS. TCC é atualmente o tratamento com mais evidências embasando sua eficácia^{16,17}. Assim, tornou-se ela o tratamento interventor inicial de escolha. A exceção é quando os sintomas de ansiedade são muito graves para permitir o trabalho com a criança em terapia. Nesse caso, a medicação ou ambos os tratamentos simultaneamente estariam indicados. Existem vários manuais de programas de TCC, em sua maioria baseados em princípios operantes clássicos e de aprendizagem social. A duração da TCC depende da gravidade, de formato do tratamento e da resposta do paciente.

3.4.5 Tratamento farmacológico

A medicação deve sempre ser utilizada em adição à intervenção comportamental ou psicoterapia. Ela não costuma ser recomendada como um tratamento de primeira linha para o TAS. No entanto, é uma estratégia útil quando a TCC não atinge resposta ou tem resposta parcial, ou então quando a criança está significativamente prejudicada. Nenhuma medicação foi aprovada especificamente para o TAS, mas vários medicamentos têm sido investigados para transtornos de ansiedade na infância, tais como inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS), antidepressivos tricíclicos (ATC), benzodiazepínicos, buspirona, inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSN), clonidina, antipsicóticos atípicos,

anti-histamínicos e melatonina. Todos os medicamentos devem ser iniciados, parados ou ajustados sob a supervisão de um médico treinado.

3.4.6 Tratamento homeopático

O tratamento homeopático baseia-se na aplicação do princípio da similitude (*similia similibus curentur*), utilizando medicamentos que causam efeitos semelhantes aos sintomas da doença, a fim de estimular uma reação do organismo contra ela. Funciona colocando em marcha reações de adaptação no organismo, que lhe ajudam a regular-se e reparar-se.

Seus medicamentos são usados para curar somente as condições exatas que eles podem produzir no indivíduo saudável. Sendo assim, as drogas produzem as doenças e as curam.

É assim que, através da totalidade sintomática da doença, buscamos uma substância medicinal que tenha poder e tendência de produzir o estado mórbido artificial mais semelhante ao caso patológico em questão.

Dentre os medicamentos homeopáticos existe uma grande variedade de possibilidades para o tratamento dos sintomas de ansiedade, desde que se assemelhem ao quadro clínico apresentado pelo paciente, respeitando a individualidade e as peculiaridades do mesmo.

Para tanto, deve-se levar em consideração a enfermidade diagnosticada, a individualidade de cada paciente, seus sintomas, as sensações subjetivas particulares, a constituição física e psicológica, assim como suas circunstâncias vitais.

4. HISTORIA DA HOMEOPATIA

Christian Friedrich Samuel Hahnemann nasceu em 10 de abril de 1755, em Meissen, na Saxônia, a leste da atual Alemanha, sob o reinado de Frederico II, da Prússia.

Hahnemann foi preparado para ser um comerciante e aprendeu várias línguas estrangeiras. Também estudou na escola de príncipes da cidade, levado por um professor seu. Ele falava e lia alemão, inglês, francês, espanhol, latim, árabe, grego, hebreu e caldeu. Isso lhe possibilitou, no início de sua vida profissional, sobreviver fazendo traduções.

Em 1777 foi a Viena, onde estudou no grande Hospital de Leopoldstadt "Irmãos da Caridade", sob orientação do grande clínico Quarin, médico da família real, e por várias vezes reitor da Universidade de Viena. Ali estudou por 9 meses quando terminam suas economias e foi então indicado por Quarin como médico da família do Governador da Transilvânia, Siebenbueger, em Hermanstadt, onde ficou por um ano e nove meses. Lá havia uma enorme e rica biblioteca, e ele nomeou Hahnemann responsável por ela. Este período foi muito fértil para ele em leituras.

Em 1779 doutorou-se pela faculdade de Erlanger, por ser mais barata do que a de Viena.

Em 1790 começou a fazer a tradução de uma obra de Cullen, que falava sobre as propriedades da *Chinchona officinalis*, ou quinina ou quina, introduzida na Europa originalmente proveniente do Peru, onde os nativos a usavam para tratamento do paludismo. Cullen atribuiu a influência curativa da Cinchona ao poder que exercia através do fortalecimento do estômago, com produção de uma substância contrária a febre.

As explicações de sua ação não o convenceram, mas chamou-lhe a atenção que o abuso que se fazia da quinina acarretava sintomas semelhantes aos que se apresentavam espontaneamente na enfermidade natural.

A experimentação começou por aí e provavelmente, com o conhecimento acumulado por toda uma vida de leituras e a insatisfação com uma medicina que não curava e pouco aliviava, chegou à Homeopatia.

Objetivamente, consideramos que a homeopatia está apoiada em sólida plataforma observacional alicerçada no poder que as substâncias da Natureza têm de alterar o estado de saúde das pessoas. Dela emanam todos os fundamentos. (18)

Os pilares da homeopatia são:

Primeiro: Prescrição com base na lei da semelhança;

Segundo: Experimentação no homem são e sensível;

Terceiro: Utilização de doses mínimas.

Quarto: Medicamento único.

5. CASO CLÍNICO

IDENTIFICAÇÃO:

B. P. B., 12 Anos, estudante, procedente de São Caetano do Sul.

QUEIXA E DURAÇÃO:

Ansiedade extrema que a impede frequentar à escola há mais de um ano aproximadamente.

HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL:

Primeira consulta: 15/05/2018

Paciente refere, segundo suas próprias palavras: “Não entro na escola, tenho vontade de fugir, tenho medo do ambiente, fico com medo de ficar fechada. Não gosto de muitas pessoas falando ao mesmo tempo. Quando todos ficam muito quetos também tenho a mesma sensação.”

“Fico aflita na sala de aula, com vontade de chorar, a mão gela, o coração acelera. Na noite anterior à aula já fico nervosa, de manhã tenho vontade de chorar só de pensar que tenho que ir para a escola de novo, tenho a sensação que algo ruim vai acontecer”.

“Em 2017 comecei a ir à escola, porém em fevereiro de 2018 travei de vez, não conseguia entrar na escola, só de olhar ficava nervosa, chorava, ficava em desespero, depois em casa ficava triste porque não estava na escola, chorava na cama, sentia culpa”.

“Cortei meu próprio cabelo, quis me punir porque fui impulsiva, depois me arrependi. Eu tenho muita incerteza com o futuro de como vai ser a minha vida no futuro, queria que não tivesse problemas na família, que nós fôssemos felizes em todo momento”.

Faz uso Paroxetina e Clonazepam que foi prescrito pelo Psiquiatra. Quanto ao uso das medicações a paciente refere: “Quando tomo o remédio me sinto muito sonolenta durante o dia, como se estivesse dopada. Durmo na própria cadeira”.

“Melhor ao ar livre no campo, não gosto de calor”.

Mãe refere criança chorona, calma, não gosta de ser contrariada, cria muita expectativa, descontente, não termina o que começa, cansa rapidamente das suas coleções, não gosta ser contrariada. Após o divórcio dos pais, começou a não frequentar mais a escola.

ANTECEDENTES PESSOAIS:

Segunda gemelar, gestação sem intercorrências, nasceu de parto cesárea sem intercorrências. Teve infecções respiratórias repetidas vezes durante a primeira infância, rinite, coceira na borda do cotovelo, mas nada grave.

Se alimenta bem, tem bastante apetite, prefere as carnes bem temperadas, não gosta de comer cebola e muito pouco as saladas, bebe bastante água. É organizada. Dorme bem a maioria das noites com exceção de quando está nervosa, sonha com o que a está afligindo.

ANTECEDENTES FAMILIARES: Mãe saudável, pais divorciados.

INTERROGATÓRIO SOBRE DIVERSOS APARELHOS: Nada digno de nota.

EXAME FÍSICO:

Bom estado geral, corada, hidratada, eupneica, afebril.

Aparelho Cardiovascular: bulhas rítmicas normofonéticas em 2 tempos, sem sopros. Frequência cardíaca de 94 bpm. Pressão arterial 110 X 70 mmhg.

Aparelho respiratório: murmúrio vesicular presente e simétrico. Frequência respiratória de 20 irpm.

Abdômen flácido, indolor, ruído hidroaéreo presente, sem visceromegalia.

Extremidades com pulsos simétricos e boa perfusão periférica, sem edemas.

Otoscopia e oroscopia sem alteração.

Sistema Nervoso Central: bons reflexos, sem sinais de irritação meníngea. Orientada em tempo e espaço.

Pele: sem alterações.

REPERTORIZAÇÃO:

Após discussão do caso foram selecionados por ordem de hierarquização os seguintes sintomas utilizando-se o “Repertório de Homeopatia Ariovaldo Ribeiro Filho – 2ª Edição”.

SINDROME MÍNIMA DE VALOR MÁXIMO

- Pesar, mágoa silenciosa, mental, p.162 col1
- Chorar não pode, mental, p.36 col2

- Mental, sentimento de abandono, p.1 col2
- Mental, ansiedade consciência, de; como se culpado de um crime, p.14 col1
- Geral, sede para grandes quantidades, apetite e sede, p.725, col2
- Geral, calorenta, p.1615, col2
- Geral, desejo de doces, alimentos e bebidas, p740, col1

DIAGNÓSTICOS:

Etiológico: Ansiedade após separação dos pais.

Nosológico: Transtorno de ansiedade de separação

Constitucional: Fluórico

Diatésico: Sicosse

Medicamentoso: *Natrum muriaticum*

Após repertorização quem cobriu a totalidade dos sintomas foi, Natrum-muriaticum sendo prescrito 30CH em dose única com reavaliação em 1 mês.

Foi escolhido este remédio como opção de tratamento porque além de cobrir todos os sintomas da repertorização, o núcleo central de natrum é a dependência afetiva que é o motivo da ansiedade da paciente. Optou-se por iniciar o tratamento com uma potência mais alta devido a predominância dos sintomas mentais.

Segunda consulta: 18/10/2018

Consegui retornar à escola. Consigo me controlar muito bem, me sinto mais forte e capaz.

Conduta: Foi prescrito Nat-m 31CH dose única.

Como houve melhora dos sintomas mantivemos o mesmo remédio é optou-se por incrementar a potência para continuar estimulando a resposta do organismo.

Terceira consulta: 18/11/2018

Paciente seguiu apresentando melhora.

Conduta: Nat-m 32CH, dose única.

Dando sequência ao tratamento tendo observado melhora gradativa continuou-se incrementando a potência do medicamento.

Quarta consulta: 19/12/2018

Manteve quadro clínico inalterado

Conduta: Nat-m 33 CH, dose única.

Diante de manutenção do quadro de bem-estar geral referido pela paciente, prosseguiu-se a incrementação do estímulo do remédio homeopático aumentando-se a potência.

Quinta consulta: 08/02/2019

“No final do ano passado eu consegui frequentar a escola normalmente sem nenhum problema, estava muito feliz era o último trimestre então tinha provas para fazer. Consegui fazer todas, mas como eu fiquei afastada nos dois primeiros trimestres, acabei pegando recuperação em todas as matérias, mas eu fiquei feliz, porque era uma chance de estar aprendendo cada vez mais e estar mais perto de conquistar tudo aquilo pelo que eu lutei, que foi a minha turma, meus amigos, minha sala. Enfim, não esperava a hora de passar para o oitavo ano, virar a página e finalmente ser eu mesma! Era isso que eu mais queria; ser eu mesma! Porque como fiquei afastada da escola por dois anos, estava muito triste, apática e apenas em alguns momentos eu conseguia ser eu mesma, uma menina extrovertida, engraçada, sorridente”.

“Fiz todas as recuperações e as provas com muito esforço, mesmo com o pouco que eu tinha visto, mas muito confiante, estava determinada a enfrentar o que fosse para conseguir o oitavo ano, coloquei minha mão no fogo até o último minuto confiante de que não ia queimar, mas queimou”.

“Quando descobri que reprovei, cheguei a pensar que era brincadeira. Toda a luta tinha sido em vão e não falo das lutas das recuperações e provas, mas sim da luta de dois anos para conquistar a minha sala, a minha turma e meus amigos. Fiquei muito triste mesmo”.

“Quando chegou o primeiro dia de aula eu estava muito ansiosa para rever minhas melhores amigas, que por sinal me apoiaram e me ajudaram muito, mas estava difícil, estava com tanta vergonha é muito triste por enfrentar essa situação”.

“Cheguei na escola e foi muito bom rever minhas amigas até a hora de bater o sinal e cada um ir para seu canto. Entrei na sala e me sentei, sem falar nada com ninguém e era evidente os olhares, como se estivessem pensando e cochichando, ela é nova? Eu já a vi na escola? Será que ela repetiu?”

“Talvez eu esteja imaginando coisas, mas era evidente que alguma coisa de mim eles estavam falando, eu não os culpo, entrar alguém na sala que você conhece aparentemente maior que você, aí começa a tirar conclusões”.

“Começou a aula e eu só queria chorar, eu estava tão triste, não conseguia parar de pensar, não me sentir eu, e saber que não era para eu estar lá. Até que no recreio liguei para minha mãe e pedi para ir embora. Ela veio me buscar”.

“Cheguei em casa e me excluí um pouco, fui para o meu quarto e fiquei um pouco sozinha pensando, era quarta feira e eu tinha psicóloga então fui e concluímos que eu teria que ir, fazer meu dever e ir embora, fazer amigos era lucro. E minhas amigas que agora estavam no oitavo nos encontraríamos no recreio e em passeios fora da escola”.

“Foi até fácil, estar indo e prestar atenção na aula, meus pensamentos já estavam mais organizados e eu não estava tão triste. No final de semana percebi que todo aquele “combinado” não estava fazendo sentido para mim, ir e ficar apenas prestando atenção na aula eu não estava sendo eu mesma, aquela menina extrovertida e falante”.

“Então segunda-feira eu fui e foi tudo bem, cumpri o que tinha que fazer e foi. Mas a pior parte foi com as minhas amigas, era muito ruim não estar com elas, e surgiam assuntos que eu não entendia por não estar presente. Não era culpa delas, mas são assuntos delas, das meninas do oitavo ano e é isso que me deixa mais triste, não conseguir ser eu mesma e ter jogado uma luta fora”.

“Agora quando vou dormir sinto muita ansiedade, não consigo perceber se é boa ou ruim. Eu fico ansiosa e acabo tendo dificuldade para dormir. Quando eu acordo sinto um frio na barriga, um pouco de medo de como vai ser, mas consigo controlar. Me troco e saio de casa bem. Chegando na escola é um mix de sentimentos: fico feliz de estar vendo minhas amigas, lá dentro elas são um porto seguro para mim, mas ao mesmo tempo sinto bastante vergonha dos olhares. Talvez seja um pouco da minha cabeça.”

“Chego a esperar para entrar na sala do sétimo ano para ninguém do oitavo me ver. Na sala de aula tento me concentrar ao máximo no que a professora está falando, e o pior é que eu sei de tudo da matéria isso é ruim”.

“Então eu sinto que realmente lá não é meu lugar, que entrei na sala errada, sinto bastante vergonha. Na verdade, já estava um pouco acostumada com os olhares quando ia para a escola pegar alguma coisa ou buscar meus irmãos. Quando eu estava afastada as pessoas já olhavam se perguntando. ‘Por que será que ela não vem?’ Quando voltei, os olhares acabaram, as pessoas me viram normalmente como se nada tivesse acontecido, aí agora os olhares voltaram e me sinto pior ainda”.

“Eu fiquei muito tempo afastada, alguns vínculos se romperam e não conversava mais com eles. Eu queria muito voltar a falar com meus amigos e aí eu consegui, mas agora acabou de novo.”

CONDUTA:

Como houve piora dos sintomas guias, após situação desfavorável na escola foi realizada nova repertorização e optou-se por manter *Natrum muriaticum* pela similitude dos sintomas é foi incrementada a potência do medicamento para 200CH com retorno em 30 dias para reavaliação.

Sexta consulta: 08/03/2019

“Estou me sentido melhor, estou mais confiante, as coisas vão bem na escola, eu era bem sensível, amadureci, ainda fico nervosa quando não entendo alguma coisa e não sei como fazer, mas agora eu consigo lidar com isso”.

“Eu tinha medo, vergonha de ser criticada mas as pessoas foram muito simpáticas comigo, e estou frequentando normalmente a escola, estou tranquila me adaptei com a sala, eu era muito certinha agora sou mais liberal, eu gosto bastante de conversar, de fazer amizade, me encaixo na personalidade dos outros”.

“Eu ficava muito insegura e com o remédio fico mais segura, estou feliz com a minha vida, sou sempre positiva e consigo pensar positivo”.

Neste relato de caso, a mãe da paciente procurou a Homeopatia como uma opção de tratamento. Optou-se por iniciar o tratamento homeopático concomitante ao Psiquiátrico e Psicoterapia. Após discussão do caso, foi eleito *Natrum muriaticum* pela similitude dos sintomas.

Observou-se melhora gradativa dos sintomas após início da medicação, com necessidade de aumento da potência da medicação após agravamento dos sintomas devido à influência ambiental. Após este aumento, houve nova melhora dos sintomas, com resultados satisfatórios para a paciente.

6. **NATRUM MURIATICUM**

O ressentido, o frustrado afetivo da matéria médica, sal comum.

Simbolicamente o sal é ao mesmo tempo um conservador dos alimentos e da corrosão, por isso o seu símbolo se aplica à lei das transmutações físicas é à lei das transmutações morais e espirituais. Contra a corrosão é um purificador. O consumo de sal em comum torna o valor de uma comunhão.

O sal absorve, retém, condensa, cristaliza, reserva e traz à tona o sabor dos outros alimentos.

É adequado para os anêmicos e caquéticos, seja por perda de líquidos orgânicos (menstruação abundante, perdas seminais) ou afecções mentais. É um medicamento adequado para pessoas magras, introvertidas, pudicas e com grande necessidade de independência e autonomia. A pessoa *Natrum Muriaticum* é emotiva e gosta de solidão.

Medicamento dos amores impossíveis, da grande nostalgia e da volta ao passado.

Acuado pela sua tremenda agressividade, persiste no seu ressentimento que o faz rechaçar em meio de irritação e lágrimas toda tentativa de consolo e de afeto de seu mundo circunstancial.

É afetuoso, porém não aceita carícia. Quadro muito comum em criança que vira o rosto ao receber um beijo da mãe ou mesmo o seio para amamentar. Desde pequena não aceita dependência.

Agride para conseguir o afeto, associado ao medo de perder o objeto amado.

Agressão reprimida e ansiedade de consciência que dela deriva, tem como mecanismos reativos o temor, a fuga e a descarga. Agressão sustentada sobre as pessoas que ama e de quem depende afetivamente (imagens paternas), gera ansiedade de consciência ou sentimento de culpa pela projeção simbolicamente destrutiva que implica.

Alegria ausente ou alternando com irritabilidade, risos exagerados e involuntários, coisas sérias causam riso e termina chorando.

Ansiedade com medo de errar ou como se tivesse feito algo errado. Também apresenta ansiedade pelo futuro, ansiedade de consciência, ansiedade por medo de se tornar louco, antecipação de desgraças, apressado, ataques de completa desesperança e desespero interno.

Ávido de carinho e sal, não podendo suportar as frustrações afetivas nem as injustiças, nem as más notícias, afligido por penas dos demais por identificação, sem fé, sem esperança.

O bloqueio da afetividade se expressa no pranto fora de tempo. O pranto está contido na mesma sensação de estranheza e incompreensão, mescla de pena e de rancor, apresenta o paradoxo de que quando quer chorar não pode e às vezes chora sem motivo e sem querer. *Natrum muriaticum* acredita firmemente de que não o compreendem ou não o estimam, por isso oculta seus estados emocionais diante dos demais.⁽¹⁹⁾

7. RESULTADO E DISCUSSÃO

Neste relato de caso a paciente foi trazida pela mãe que procurava alternativas para o tratamento de TAS.

Optou-se por iniciar tratamento homeopático em vigência de acompanhamento da psicóloga e do psiquiatra.

Após discussão do caso foram selecionados os seguintes sintomas:

- Pesar, mágoa silenciosa, mental, p.162 col1
- Chorar não pode, mental, p.36 col2
- Mental, sentimento de abandono, p.1 col2
- Mental, ansiedade consciência, de; como se culpado de um crime, p.14 col1
- Geral, sede para grandes quantidades, apetite e sede, p.725, col2
- Geral, calorenta, p.1615, col2
- Geral, desejo de doces, alimentos e bebidas, p740, col1

Escolheu-se *Natrum muriaticum* porque além de cobrir a totalidade sintomática, este remédio tem como núcleo de adoecimento a perda afetiva, que no caso da nossa paciente foi simbolizada pela perda do pai após o divórcio.

Desde a primeira consulta a paciente foi melhorando gradativamente e conseguindo retornar às atividades escolares. Sendo assim, optou-se por incrementar a potência do medicamento nos retornos para continuar o estímulo vital.

No mês de fevereiro houve agravação do quadro clínico com retorno de sintomas guias. Devido a fatores ambientais, a paciente acabou repetindo o ano escolar pelas faltas constantes na escola durante os primeiros meses do ano, o que prejudicou seu desempenho escolar. Nestas circunstâncias foi realizada uma nova repertorização, na qual se manteve a escolha de *Natrum muriaticum* e devido à

semelhança dos sintomas com o medicamento, escolheu-se incrementar a potência do remédio para 200 CH. Após este incremento observamos melhora significativa dos sintomas: a paciente não somente frequentou a escola como se integrou normalmente às atividades dela, mostrou-se mais confiante, segura e com uma atitude positiva.

O caso relatado mostra a melhora completa de uma adolescente com Transtorno de Ansiedade de Separação: houve regressão dos sintomas e melhora de diversos aspectos da saúde em geral, com sensação subjetiva de bem-estar. A paciente já vinha fazendo uso de tratamento medicamentoso com antidepressivo e benzodiazepínico sem melhora do quadro, quando procurou a homeopatia. Após o tratamento com o mesmo observou-se melhora significativa do quadro clínico.

8. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vale ressaltar que a homeopatia aparece como terapia complementar aos tratamentos tradicionais e pode-se concluir que ela se mostra como opção útil e eficaz de tratamento podendo ser usada em conjunto com outros tipos de terapia para o transtorno de ansiedade de separação.

No entanto, ainda se faz necessária a realização de mais trabalhos relacionando a homeopatia ao Transtorno de Ansiedade de Separação.

Como consideração final, espera-se que com este trabalho seja possível incentivar cada vez mais a prática homeopática como opção de tratamento para pacientes com TAS e outras patologias, já que a homeopatia procura restabelecer o equilíbrio da pessoa como um todo e não tratar somente a doença.

REFERENCIAS

- 1.- Boyd CP, Kostanski M, Gullone E et al (2000). Prevalence of anxiety and depression in Australian adolescents: comparisons with worldwide data. *Journal of Genetic Psychology*, 161:479-92.
- 2.- Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A et al (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60:837-844
- 3.- Cartwright-Hatton S, McNicol K, Doubleday E (2006). Anxiety in a neglected population: prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical Psychology Review*, 26:817-833
- 4.- Krain AL, Ghaffari M, Freeman J et al. Anxiety disorders (2007). In Martin A, Volkmar FR (eds). *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry*, 4th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, pp538-548.
- 5.- DSM-5, 190-195.
- 6.- Beesdo K, Knappe S, Pine DS (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, 32:483-524.
- 7.- Ginsburg G, Siqueland L, Masia-Warner C et al (2004). Anxiety disorders in children: Family matters. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11:28–43.
- 8.- Warren SL, Huston L, Egeland B et al (1997). Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36:637-644.
- 9.- Beidel DC, Turner SM (1997). At risk for anxiety, I: psychopathology in the offspring of anxious parents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36:918-924.
- 10.- Biederman J, Faraone SV, Hirshfeld-Becker DR et al (2001). Patterns of psychopathology and dysfunction in highrisk children of parents with panic disorder and major depression. *American Journal of Psychiatry*, 158:49-57.
- 11.- Kagan J, Reznick JS, Snidman N (1988). Biological bases of childhood shyness. *Science*, 240: 167-171.
- 12.- Biederman J, Rosenbaum JF, Bolduc-Murphy EA et al (1993). A 3-year follow-up of children with and without.

13.- Anthony JL, Lonigan CJ, Hooe ES et al (2002). An affect-based, hierarchical model of temperament and its relations with internalizing symptomatology. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31: 480-490.

14. American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition, text revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

15. GL, Fischer DJ, Fluent TE (2006). Separation anxiety disorder and school refusal in children and adolescents. *Pediatrics in Review*, 27:56-63.

16. Barrett PM, Dadds MR, Rapee RM (1996). Family treatment behavioral inhibition. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32: 814-821.

17. Kendall PC, Flannery-Schroeder E, Panichelli-Mindel SM et al (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: a second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65:366-380

18. *Organon da Arte de curar de Samuel Hahnemann para o século XXI*. Pag 31

19. *A dictionary of practical Matéria médica* by John Henry Clarke, M.D.